ITEM 83 : INFECTIONS ET INFLAMMATIONS OCULAIRES

*Attention : Beaucoup de paragraphes **Rang A** d'après la fiche LiSA, donc diffère du collège mais contenu **identique** donc il s'agit probablement d'une imprécision de la fiche LiSA*

Examen ophtalmologique

Faire préciser

- Antécédents (chirurgie oculaire récente), traitements (topiques : antiglaucomateux), âge, profession
- Contexte traumatique (domestique ou professionnel)

SF

- **Rougeur oculaire** : unilatérale ou bilatérale, récente ou ancienne, aiguë ou chronique, brutale ou progressive
- **Douleur superficielle** :
  . **Modérée, à type de sensation de grain de sable, picotement / brûlure → conjonctivite**
  . **Plus importante avec photophobie et blépharospasme → kératite aiguë**
- **Douleur profonde (ciliaire)** :
  . **Modérée → uvéite antérieure, épisclérite**
  . **Intense avec irradiation dans le territoire du trijumeau → glaucome aigu**
- **Signes associés** : **locaux** (prurit, sécrétions), **régionaux** (exophtalmie, œdème orbitaire / palpébral, adénopathie), **généraux** (céphalées, fièvres, signes ORL)

SC

- Bilatéral et comparatif
- **3 niveaux** : externe en lumière ambiante, système grossissement (loupe / smartphone), lampe à fente

Acuité visuelle

- Mesurée de loin et de près, avec correction optique si besoin
- **Pas de baisse d'acuité visuelle** : conjonctivite, hémorragie sous-conjonctivale, tumeur de la surface oculaire, épisclérite

Conjonctive

- **Rougeur en nappe d'aspect hémorragique** : hémorragie sous-conjonctivale → rechercher une plaie conjonctivale et un corps étranger intra-oculaire
- **Rougeur diffuse et superficielle** : conjonctivite
- **Rougeur en secteur** : épisclérite, sclérite
- **Rougeur autour du limbe scléro-cornéen** (vasodilatation des vaisseaux conjonctivaux limbiques, péri-cornéens, sur 360°) = **cercle périkératique** : kératite, uvéite antérieure (injection ciliaire plus profonde), fistule artérioveineuse (en tête de méduse)

Conjonctive palpébrale

- **Follicules** (conjonctivite virale / bactérienne) ou **papilles** (conjonctivite allergique printanière)
- Fibrose conjonctivale séquellaire
- Rechercher systématiquement un **corps étranger** sous la paupière supérieure

Cornée

- **Perte de transparence** : œdème cornéen (grisâtre), abcès / infiltrat inflammatoire (blanchâtre)
- **Dépôts sur sa face postérieure** = **dépôts rétro-descemétique** ou **rétro-cornéen** : uvéite / kératite stromale
- Analyse de sensibilité, recherche de corps étranger

Examen à la fluorescéine

= Instillation dans le cul-de-sac conjonctival d'un **collyre à la fluorescéine** (colorant orange) : révèle les ulcérations cornéennes en vert à la lumière bleue (+/- aide d'un filtre jaune)
Possible aide de **collyre anesthésique** (ponctuel) si très algique / photophobe / larmoyant
- **Ulcération unique** et **régulière** : traumatisme
- **Ulcération localisée** avec **zone blanche adjacente** : kératite bactérienne avec abcès de cornée / infiltration inflammatoire stérile
- **Ulcère dendritique en « fougère »** : kératite herpétique
- **Kératite ponctuée superficielle** : kératite à adénovirus, syndrome sec oculaire
- **Lésions linéaires** : petit corps étranger (à chercher sous la paupière supérieure)

Iris, pupille

- **Synéchies irido-cristalliniennes** : uvéite (actuelle ou passée)
- **Myosis** : kératite ou uvéite aiguë
- **Semi-mydriase aréflective** : glaucome aigu par fermeture de l'angle
- **Atrophie irienne sectorielle** : herpès / traumatisme

Chambre antérieure

- **Chambre antérieure étroite ou plate** : glaucome aigu, plaie perforante
- **Chambre antérieure trop profonde** : recul du bloc cilio-cristallinien avec déchirure de l'angle
- **Signes inflammatoire = effet Tyndall, précipités cornéens, hypopion** : uvéite antérieure

Tonus oculaire

Tonomètre à air / aplanation, ou palper bidigital transpalpébral
- **Hypertonie** : glaucome aigu ou néovasculaire, uvéite hypertensive
- **Hypotonie** : plaie oculaire transfixiante (signe de Seidel : fuite d'humeur aqueuse lavant la fluorescéine)

FO

- Après tropicamide (dilatation pupillaire)
- Recherche de **signes d'uvéite postérieure** en présence d'une uvéite antérieure

Rougeur isolée localisée

Hémorragie sous-conjonctivale

= Fréquente, unilatérale, indolore : fréquente, banale, régresse en quelques semaines sans TTT
Possible sensation de tension si anticoagulants
- Spontanée, ou HTA, trouble de la coagulation, corps étranger intra-oculaire
- Si doute corps étranger = **scanner** orbitaire, **PAS d'IRM** (risque de corps métallique) !!

<table>
<tr><td rowspan="4">Œil rouge unilatéral, douleur ciliaire sans BAV</td><td>Episclérite</td><td colspan="2">- Inflammation de l'épisclère (sous la conjonctive)
- Douleur modérée, rougeur en secteur (+rarement diffuse), qui disparaît au collyre vasoconstricteur (néosynéphrine)
- Segment antérieur normal, parfois aspect de relief nodulaire
- TTT local : corticothérapie / AINS locaux
➞ Rechercher une maladie systémique en cas de récidive / d'emblée si interrogatoire informatif</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Sclérite</td><td colspan="2">- Douleur oculaire importante (ciliaire), majorée à la mobilisation du globe, irradie autour / au-dessus de l'orbite (parfois dans l'oreille / la mâchoire), insomniant (fin de nuit)
- Rougeur plane / nodulaire, en secteur / diffuse, ne disparaissant pas après instillation de collyre vasoconstricteur
- Marqueurs de gravité : nécrose sclérale / kératite périphérique ulcérante
- Risque de BAV si scléro-uvéite, sclérite postérieure ou effusion uvéale

➞ Rechercher une maladie systémique d'emblée :
- Inflammatoire / immunologique : spondylarthrite ankylosante, polyarthrite rhumatoïde, lupus, périartérite noueuse, Wegener, cryoglobulinémie, Behçet, MICI, psoriasis, polychondrite atrophiante, sarcoïdose…
- Infectieuse : tuberculose, herpès / zona, borréliose, infection locale à pyocyanique</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Si idiopathique / rhumatologique : AINS par voie générale
- Si sévère : corticoïdes / immunosuppresseurs / biothérapie)
- Si infectieux : antimicrobien adapté</td></tr>
<tr><td rowspan="8">Rougeur localisée ou diffuse, sensation de grains de sable, sans BAV</td><td colspan="3">Fréquentes, uni / bilatérales, étiologies variées
Irritation de surface, plus gênant que douloureux
- Sensation de corps étranger / grain de sable / poussière, brûlure / cuisson, prurit
- Sécrétions devant l'axe optique : gêne visuelle améliorée par clignement / lavage
- Si BAV permanente / douleur ➞ kérato-conjonctivite</td></tr>
<tr><td>Conjonctivite virale</td><td colspan="2">= Adénovirus++ : très fréquente, contagieuse, par épidémies, bilatérale (en 2 temps)
- Hyperhémie conjonctivale franche +/- hémorragies
- Signes associés : sécrétions claires, follicules conjonctivaux, ADP pré-tragienne sensible
- Phase folliculaire : distinction difficile avec étiologie bactérienne (si nécessaire : TDR de détection d'antigènes viraux sur échantillon lacrymal conjonctival)
- Evolution généralement spontanément favorable en 10-15 jours : lavage + collyre antiseptique (corticoïdes locaux si sévère après ablation des membranes : prolongent le portage viral)
- Risque de membranes fibrineuses / kérato-conjonctivite à adénovirus</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Conjonctivite bactérienne aiguë</td><td colspan="2">= Germes à Gram + : streptocoque, staphylocoque, Haemophilus, plus rarement gonocoque
- Rougeur conjonctivale diffuse, prédominante dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, le plus souvent bilatérale (parfois avec un intervalle libre)
- Sécrétions mucopurulentes ++, paupières collées le matin au réveil (aspect en poils de pinceau)
- Chémosis, œdème palpébral si sévère
- Guérit sans séquelle, vérifier la perméabilité des voies lacrymales si chronique / récurrent</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Hygiène des mains : prévention de l'entourage
- Lavages oculaires fréquents au sérum physiologique
- Collyre antiseptique 4-6/jour (l'antibiothérapie n'est pas systématique)
- Si grave/ résistant : écouvillonnage conjonctival pour culture</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Conjonctivite bactérienne chronique à Chlamydia</td><td colspan="2">- Adénopathie prétragienne
- Chlamydia, Bartonnella henselae, rarement Mycobacterium tuberculosis</td></tr>
<tr><td>Conjonctivite à inclusion</td><td>= IST, possiblement associée à une urétrite ou une vaginite
- Uni / bilatérale
- TTT : azithromycine PO en monodose</td></tr>
<tr><td>Trachome</td><td>= Conjonctivite bilatérale avec néovascularisation cornéenne, fibrose du tarse, entropion
- Très fréquent dans les pays du tiers-monde (Afrique++), 2e cause mondiale de cécité
TTT : azithromycine / tétracycline, chirurgie si complications</td></tr>
</table>

Rougeur localisée ou diffuse, sensation de grains de sable, sans BAV	**Conjonctivite allergique**	**Conjonctivite allergique saisonnière**	- Terrain atopique ou allergique connu, de façon saisonnière : - Atteinte bilatérale et récidivante : **prurit**, **chémosis** (œdème conjonctival), **sécrétions claires**, volumineuses **papilles conjonctivales inférieures,** œdème palpébral modéré - TTT : lavage (soluté isotonique), **collyre antiallergique** (**antihistaminique**, bossible corticoïde en cure courte) - **Bilan allergologique** (tests épicutanés, rarement test de provocation conjonctivale) : éviction de l'allergène, désensibilisation
		Conjonctivite allergique perannuelle	- Tableau identique sans saisonnalité - Risque de fibrose conjonctivale si épisodes fréquents
		Kérato-conjonctivite vernale = conjonctivite printanière	- Grave allergie oculaire chronique pédiatrique : garçons en **prépubertaire** - **Lésions de fond acutisées le printemps ou l'été** (chaleur / soleil) - **Prurit** intense et atteinte **cornéenne** : photophobie, blépharospasme, larmoiement fréquemment invalidant - **Forme limbique** : bourrelet rosé périkératique, infiltrats blancs punctiformes (grains de **Trantas**) - **Forme tarsale** plus grave (agression de la cornée) : kératite épithéliale ponctuée, ulcération vernale (ronde / ovale), rare plaque vernale (solide), sécrétions fibrineuses / muciniques - **TTT** : **corticoïdes** topiques en aigu, **ciclosporine** collyre en TTT de fond
		Kérato-conjonctivite de la dermatite atopique	- Chronique, fréquente, potentiellement sévère - **Homme adultes++** - Eczéma palpébral, lésions conjonctivales et cornéennes (≈ kératoconjonctivite vernale) - **Complications** : **ectropion** (rigidité cutanée), **kératocône** (friction palpébrale), **infections** (conjonctive / cornée), **cataracte** spécifique en **écusson antérieure** ou cortisonée (**sous-capsulaire postérieure**), **glaucome** (dû à la corticothérapie) - **TTT** : corticoïdes et immunosuppresseurs locaux (dont tacrolimus sur versant cutané) + TTT anti-allergiques et lavages oculaires
		Conjonctivite de l'allergie de contact	- Hypersensibilité non-immédiate, allergène de contact - Allergène **médicamenteux** ++ (antibiotiques, mydriatiques, antiglaucomateux), **cosmétique, professionnel** (direct, manuporté, aéroporté) - Conjonctivite peu spécifique, atteinte jusqu'au bord libre de la paupière - **TTT = éviction** de l'allèrgène, - Si très intense : **corticothérapie** locale transitoire
	Kérato-conjonctivite sèche = syndrome sec oculaire	= **Insuffisance de sécrétion lacrymale** : rougeur modérée, sensation de sable, douleur superficielle - Très fréquente, qualitative plus que quantitative, **première étiologie de conjonctivite** - **Atteinte épithéliale** conjonctivale +/- cornéenne par altération de la trophicité cellulaire - Si sévère : **risque de BAV** (atteinte cornéenne centrale / rupture prolongée du film lacrymal) - **Test de Schirmer** = examen quantitatif de la sécrétion lacrymal par une bandelette de papier absorbant placé au niveau de la paupière inférieure (pas d'anesthésie) : **< 5 mm en 5 minutes** - **Temps de rupture du film lacrymal = break-up time** : examen qualitatif de la qualité du film lacrymal = instillation d'une goutte de fluorescéine dans le cul-de-sac inférieur, réparti par clignement et visualisé au filtre bleu : temps de rupture spontanée (sans clignement) - Examen de la surface cornéenne par instillation de fluorescéine : **kératite ponctuée superficielle** - Examen de la surface conjonctivale par instillation de fluoresceine (grade la kératoconjonctivite) ou au **vert de lissamine** (colore les cellules mortes dans la zone d'ouverture palpébrale)	
		Cause	**Hyposécrétion** lacrymale : - **Involution des glandes lacrymales** : sénile ++ / iatrogène / altération de l'arc réflexe - **Syndrome de Gougerot-Sjögren**, réaction GVH, atteinte radique Altération **qualitative** : - **Hyperévaporation** (dysfonctionnement meibomien) : rosacée, atteinte inflammatoire chronique, application prolongée de conservateurs, isotrétinoïne - Atteinte **muqueuse conjonctivale inflammatoire** / **fibrosante** (pemphigoïde cicatricielle oculaire, Steven-Johnson, brûlure chimique), **infection** étendue, agression **environnementale**
		TTT	- **Substituts lacrymaux** (sans conservateur) : **larmes artificielles, gels** - Eviction des facteurs irritants : soleil (lunettes teintées), climatisation, air sec, tabac… Selon les cas : - **Occlusion** temporaire ou permanente **des points lacrymaux** - TTT généraux : **parasympatholytique sécrétagogue, fluidifiant** - TTT locaux : **corticoïdes** (cure courte) / **ciclosporine topique** (prolongée) - Lunettes à chambre humide ou verre scléraux si atteinte sévère

Rougeur diffuse, douleur ciliaire, BAV

Kératite aiguë

= Atteinte cornéenne avec **ulcérations superficielles / infiltrations tissulaires**,
- Brutale / rapide (très symptomatique) ou chronique (torpide, complications fréquentes++)
- Manifestations : **BAV** (variable selon la localisation de l'atteinte), **douleurs oculaires intenses** (sensation de corps étranger, piqûre, déchirure, arrachement superficiel), **larmoiement réflexe**, **photophobie**, **blépharospasme**
- Examen à la lampe à fente : **érosions** et **ulcérations** de la cornée, **perte de transparence localisée**, **cercle périkératique,** avec chambre antérieure de profondeur et d'aspect normal / inflammation (si sévère)
- Pour l'examen : **anesthésique topique ponctuel** (2 gouttes d'oxybuprocaïne / tétracaïne), **PAS** répétitif (risque de perforation cornéenne)
- Aucun corticoïde locaux sans avoir exclu une cause herpétique

Kératite à adénovirus

= Kérato-conjonctivite à adénovirus ou épidémique : complique une conjonctivite
- Petites ulcérations disséminées (prennent la fluorescéine) : **kératite ponctuée superficielle**
- Evolution toujours favorable, mais possibles **opacités séquellaires** antérieures : BAV durable si opacité cicatricielle centrale
- **TTT ≈ conjonctivite** à adénovirus,
- Si **opacité centrale symptomatique : corticothérapie** locale dégressive

Kératite herpétique

- **Ulcération dendritique** d'aspect typique : arborescente, en feuille de fougère (parfois plus étendue en carte de géographie)
- **Risque d'aggravation sous corticothérapie** locale (jusqu'à la perforation cornéenne) : toujours écarter une infection avant prescription !!
- Evolution généralement **favorable**,
- Risque de **récidive** ++ (*prophylaxie anti-herpétique PO*), **kératite profonde** par atteinte stromale inflammatoire disciforme (*corticoïdes locaux pour éviter une opacification cornéenne définitive*)

Prise en charge

- Possible prélèvement virologique moléculaire si atypique / résistance TTT
- **TTT** par **voie générale** = **valaciclovir** / **aciclovir 7-10j** (alternative : antiviraux locaux : aciclovir / ganciclovir / trifluridine), +/- débridement initial de la lésion

Kératite zostérienne

= **Zona ophtalmique** : peut se compliquer de
- **Kératite ponctuée superficielle** dendritiforme : contemporaine de l'épisode aigu (lié à l'atteinte virale, répond au traitement)
- **Kératite neuro-paralytique** (à distance) : kératite dystrophique 2ndr à l'anesthésie cornéenne (traitement plus délicat
- Possibles complications inflammatoires stromales post-zostériennes

TTT

- **Valaciclovir** instauré précocement (< 3j) : traite l'infection, prévient les douleurs post-zostériennes, **Protecteur cornéen**

Kératite bactérienne, parasitaire, mycotique

- **Terrain fragilisé** : port inadapté de lentille de contact (le plus fréquent), traumatisme cornéen récent (coup d'ongle, branche d'arbre…), trouble palpébral, modifications immunologiques locales iatrogènes

Infections bactériennes : bacille **pyocyanique**++ (destructeur), staphylocoque, streptocoque
- **Plage blanchâtre d'infiltration cornéenne,** avec **ulcération** colorée à la fluorescéine, **hypopion** réactionnel (inflammation de contiguïté)

Infections **fongiques** : Fusarium, Candida, Aspergillus : rare mais **sévères** : infiltrent la cornée
➔ Chez un porteur de lentilles de contact : évoquer **kératite amibienne ++ :**
- Insidieuse : simples infiltrations linéaires régressives sous antiseptiques
- Risque de sclérokératite annulaire (TTT complexe)

- Complication :
  . Précoce : **endophtalmie, perforation cornéenne**
  . A distance : **taie cornéenne cicatricielle** (BAV définitive)

TTT

- Prélèvement d'abcès pour examen direct, culture et antibiogramme / antifongigramme
- **Collyre antibiotique** plusieurs fois par jour si forme peu sévère
- **Hospitalisation** : **collyres fortifiés** toutes les heures si abcès important
- **Parfois antibiothérapie systémique**
- **Si fongique : antifongique intense / prolongé**
- Parfois indication à **greffe de cornée « à chaud » ou « à froid »**

Infiltrats inflam-matoires

- Périphérique, blanc, de surface ulcérée
- Diagnostic différentiel des abcès de cornée
- Souvent dus à une inflammation locale (rosacée oculaire)

Sd. sec

- Possible **kératite ponctuée superficielle**, voire ulcère de cornée (risque de surinfection)

Kératite d'exposition

= Lors d'une **paralysie faciale** par mauvaise occlusion palpébrale (**lagophtalmie**)
- TTT préventif : **protecteurs cornéens**
- Peut nécessiter une **tarsorraphie transitoire** (suture palpébrale)

Uvéites

Uvéite antérieure

= **Iridocyclite** : inflammation de l'iris et du corps ciliaire
- Forme la plus fréquente d'uvéite
- **Rougeur oculaire, BAV** et **douleurs profondes**, généralement modérées, irradiation sus-orbitaire
- Atteinte uni- ou bilatérale, parfois récidivante et à bascule

Examen à la fente

- **Cercle périkératique**
- Transparence cornéenne normale
- Pupille en **myosis relatif**
- **Synéchies irido-cristalliniennes** (postérieures) : adhérences inflammatoires entre la face postérieure de l'iris et la capsule antérieure du cristallin : **déformation pupillaire**
- **Synéchies irido-cornéennes** (antérieures) : adhérences entre la face antérieure de l'iris et postérieure de la cornée visible en gonioscopie
- **Phénomène de Tyndall** : présence de protéines et de cellules inflammatoires circulant dans l'humeur aqueuse (aspect de phare dans le brouillard à la lampe à fente)
- **Précipités rétrocornéens (rétro-descémétiques)** : dépôts de cellules inflammatoires à la face postérieure de la cornée, peuvent être fins ou granuleux

➜ **Examen systématique du fond d'œil** : recherche d'une atteinte vitréenne (hyalite), rétinienne ou choroïdienne signant une uvéite postérieure

Etiologie

➜ Enquête étiologique indispensable : même si souvent négative (**30-50%** des cas)
- **Spondylarthrite ankylosante** (terrain HLA-B27) : 1ère cause d'uvéite antérieure aiguë ; synéchiante, souvent à hypopion, récidivante / à bascule, bon pronostic : diagnostic selon signes associés (rhumatologiques, maladies inflammatoires associées, HLA-B27)
- **Uvéite herpétique** : 1° cause infectieuse, antécédent d'herpès, hypertonie, atrophie irienne **sectorielle**
- **Arthrite juvénile idiopathique** : ++ chez l'enfant : uvéite sévère, chronique, risque de cataracte, kératite en bandelette (dépôts calcifiés) et glaucome
- **Sarcoïdose** : dépôts rétro-descemétiques granulomateux, nodules iriens, atteinte postérieure fréquente (panuvéite)
- **Maladie de Behçet** : uvéite antérieure récidivante à hypopion, avec atteinte postérieure (hyalite), vascularite rétinienne (tendance occlusive) et foyers de rétinite (panuvéite)

Entités ophtalmologiques

- **Cyclite chronique de Fuchs** : uvéite à **œil blanc non-synéchiante**, **précipités** rétrocornéens spiculés, hétérochromie de l'iris
  ➜ Risque de **cataracte** / **glaucome**
- **Syndrome de Posner-Schlossman** : crises glaucomato-cyclitiques récurrentes / violentes (uvéite hypertensive) : fréquente origine **virale**

TTT

- TTT local systématique :
  . **Collyre mydriatique** (prévention des synéchies et antalgique)
  . **Collyre corticoïdes**
- **TTT général** d'une infection / de la pathologie générale (en cas de bilan étiologique positif)

Attention errata Elsevier : rang A

Uvéite postérieure

= Choroïdite, rétinite, ou choriorétinite
- Grave : risque **d'atteinte maculaire** / **vasculaire** / **papillaire irrémédiable**, puis **rétiniennes** inflammatoires (**œdème maculaire cystoïde**) / mécanique (**DR tractionnel**)
- Œil **normal** ou **rouge** avec douleurs ciliaires
- **Myodesopsies** (mouches / corps flottants), **BAV progressive** (si trouble des milieux) / **brutale** (si atteinte maculaire)
- **FO** : confirmation diagnostique, guide la recherche étiologique

Etiologies infectieuses

- **Toxoplasmose** : rétinochoroïdite, uvéite infectieuse la plus fréquente, plus souvent acquise, évolution en foyer, risque de récidive à long terme
- **Herpès** : rares, graves : **nécroses rétiniennes aiguës à HSV** / **VZV** (bruyantes, œil rouge douloureux), **rétinites à CMV** chez l'immunodéprimé
- **Syphilis** : divers tableaux : rétinite étendue, choriorétinite placoïde, granulome choroïdien
- **Tuberculose** : pléomorphe, aspect granulomateux de tubercule de Bouchut / tuberculome ou choroïdite pseudo-serpigineuse
- **Bartonellose** : neurorétinite avec image d'étoile maculaire
- **Toxocarose** : rare, contact avec des chiens / chats : enfants++, granulome rétinien / papillaire
- **Rickettsiose** : rétinite multifocale

<table>
<tr><td rowspan="1"></td><td>Uvéite postérieure</td><td>Etiologies non-infectieuses</td><td>- Maladies générales : sarcoïdose, Behçet
- Entités ophtalmologiques : rétinochoroïdopathie type birdshot, choroïdites multifocales, maladie de Harada, ophtalmie sympathique
- Hyalite dense du sujet âgé : évoquer un lymphome oculocérébral primitif : prélèvement vitréen pour analyse cytologique</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Infections postopératoires</td><td rowspan="2">Endophtalmie postopératoire</td><td colspan="2">- Contexte postopératoire : évoquer une complication infectieuse
- Quelques jours après chirurgie de la cataracte / de la rétine, une injection intravitréenne d’anti-VEGF/ corticoïde, ou à distance d’une chirurgie du glaucome
- Douleur oculaire intense du côté opéré, irradiation sus-orbitaire et BAV conséquente
- Œdème palpébral, hypopion et membrane cyclitique (lampe à fente)
- Segment postérieur : hyalite, limite / empêche la réalisation du FO
- Si atteinte de toutes les tuniques oculaires = panophtalmie (gravissime)</td></tr>
<tr><td>T
T
T</td><td>- Injections urgentes intravitréennes d’antibiotiques +/- antibiotiques systémiques
- Prélèvement de vitré (à défaut d’humeur aqueuse) juste avant injection : examen direct, culture, analyses moléculaires
- Vitrectomie par voie postérieure si sévère / aggravation secondaire</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Prélèvements</td><td>Conjonctival</td><td colspan="2">Conjonctivite bactérienne aiguë si échec du traitement probabiliste de première ligne</td></tr>
<tr><td>Cornéen</td><td colspan="2">- Suspicion clinique de kératite bactérienne, mycosique ou parasitaire
- Kératite herpétique : formes atypiques ou en cas de résistance thérapeutique avérée
- Toujours réalisé par écouvillonnage de façon stérile si possible avant tout traitement topique anti-infectieux, et transféré dans laboratoire de microbiologie dans un milieu de transport pour :
. ED + mise en culture + antibiogramme ou antifongigramme
. Ou diagnostic moléculaire par PCR (virologie, bactériologie)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Indications des collyres</td><td>Anesthésiques</td><td colspan="2">- Collyres : oxybuprocaïne, tétracaïne
- Indications : anesthésie temporaire lors d'un geste diagnostique (tonométrie à aplanation, gonioscopie, prélèvement de cornée) ou thérapeutique
- CI : usage prolongé car graves lésions cornéennes épithéliales irréversibles (perforation)</td></tr>
<tr><td>Antibiotiques</td><td colspan="2">- Collyres : tobramycine, ciprofloxacine, azythromycine, ticarcilline, gentamicine, amikacine, vancomycine (collyres renforcés préparés en pharmacie hospitalière pour instillation horaire)
- Indications : Conjonctivites bactériennes, kératites infectieuses bactériennes, traitement post-opératoire (toute chirurgie intraoculaire)
- CI : spécifiques de classe (grossesse et tétracyclines ; enfant < 6 mois et chloramphénicol)</td></tr>
<tr><td>Corticoïdes</td><td colspan="2">- Collyres : dexaméthasone, seule ou en association aux antibiotiques (ex : tobramycine/dexaM)
- Indications : inflammation intraoculaire (uvéite antérieure aiguë, suites post-opératoires de toute chirurgie intraoculaire), conjonctivite allergique
- CI : kératite herpétique dendritique, kératite mycotique, kératoconjonctivite virale (à la phase aiguë), hypertonie oculaire (précaution mais pas contre-indication formelle)</td></tr>
</table>